
Oficina de **Discapacidad** de la Alcaldía



Formulario de Quejas / Solicitud de Asistencia

Por favor complete este formulario lo mejor que pueda. Si necesita asistencia, avísenos y con gusto estamos a su servicio. Si no sabe alguna respuesta, por favor deje el espacio en blanco.

Nombre: _____ Tel: _____

Dirección: _____

¿Podemos dejar un mensaje? _____

Correo electrónico: _____

La Oficina de Discapacidad de la Alcaldía asiste en los procesos de investigación y resolución de reclamos de discriminación o reclamos de accesibilidad de personas con discapacidad, relacionados con los departamentos de la Ciudad y Condado de San Francisco y sus contratistas. Los reclamos de accesibilidad generalmente se clasifican en una de estas tres categorías. Por favor, díganos cual categoría describe mejor su situación:

Please turn page over for second side ⇒

Accesibilidad arquitectónica - Por favor, marque aquí si el problema de accesibilidad es debido a la arquitectura - por ejemplo, si se necesita una rampa para sillas de ruedas, falta señalización en braille, o si los mostradores accesibles son demasiado altos para los usuarios de sillas de ruedas.

Accesibilidad programática – Por favor, marque aquí si el problema de accesibilidad es programático - por ejemplo, si no puede obtener o retener un beneficio o servicio de la Ciudad debido a una discapacidad, o si pidió una modificación razonable de una política, práctica o procedimiento para obtener beneficios o servicios de la Ciudad, pero se la negaron.

Accesibilidad de comunicación - Por favor, marque aquí si el problema de accesibilidad implica la comunicación - por ejemplo, si necesita un intérprete, materiales en formatos alternativos u otras ayudas y servicios auxiliares, con el fin de tener acceso equitativo a la información y comunicaciones relacionadas con un beneficio, servicio o actividad de la Ciudad.

¿Cuál es el departamento o contratista de la Ciudad que implica en este reclamo?

Por favor, describa el problema que tuvo (adjunte páginas adicionales si es necesario):

Por favor, denos la fecha más reciente del problema:

Por favor, denos la dirección o ubicación del problema:

Con el propósito de efectuar la solución de este problema, ¿quiere sugerir algún cambio sobre la política o el procedimiento?

¿Sabe el nombre del empleado, o su puesto, que le atendió?

Firma: _____ Fecha: _____

Enviaremos una copia de este reclamo al coordinador de ADA correspondiente que llevará a cabo una investigación. Es posible que asistamos en esta investigación, sin embargo si realizaremos una revisión de los resultados. Usted debe recibir una respuesta por escrito del

departamento dentro de un plazo máximo de 30 días laborables. Si no la recibe, por favor, comuníquese con nosotros:

Oficina de Discapacidad de la Alcaldía
1155 Market Street, 1^{er} piso, San Francisco, CA 94103
Voz: 415.554.6789;
Fax: 415.554.6159;
Correo electrónico: MOD@sfgov.org

Para uso interno únicamente:

Staff receiving the form: _____ Date: _____
